

RESTAURANT SCOLAIRE / CENTRE DE LOISIRS ANDRE MAILHES

	NOM	Prénom	Date de naissance	Ecole rentrée 2016	classe	RS*	CL*
1							
2							
3							
4							

* **mettre une croix dans la case concernée**

Situation familiale : Mariés Pacsés Vie maritale Séparés Divorcés Veuf (ve) Célibataire

Personne(s) ayant la garde de l'enfant : Père et Mère Père Mère Garde alternée Famille d'accueil

Nom prénom du responsable légal 1 : -----

Adresse : -----

Code postal----- Ville-----

Tél : domicile-----portable-----travail-----

Email : -----@-----

Profession-----Employeur -----

Nom prénom du responsable légal 2 : -----

Adresse : -----

Code postal----- Ville-----

Tél : domicile-----portable-----travail-----

Email : -----@-----

Profession-----Employeur -----

N° Allocataire CAF MSA :-----

Personne à qui les factures seront adressées : responsable légal 1 responsable légal 2
 autre(s)-----

Autre(s) personne (s) à contacter (susceptible de venir chercher l'enfant en cas d'indisponibilité des responsables légaux ou en cas d'incident survenant à l'enfant)

	1	2
Nom Prénom		
Adresse Complète		
Tél : domicile travail mobile		

CODE CCAS : RS

CL

ENFANT :

Nom et prénom-----Date de naissance-----

N° Sécurité sociale (auquel est rattaché l'enfant) : -----

Mutuelle : -----

INFORMATIONS MEDICALES :

Médecin : ----- Téléphone : -----

Votre enfant a-t-il un problème particulier de santé ? OUI NON

Si oui lequel -----

- **ALLERGIE** : Médicamenteuse Oui Non ; Alimentaire Oui Non ; Autre (préciser) :- -----

Asthme Oui Non

- **Date des dernières vaccinations** : D.T.P. : -----

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

OBSERVATIONS (santé, alimentation...)

ASSURANCES :

Votre enfant a-t-il une assurance extra scolaire ? :

- accident : oui non

- Responsabilité civile : oui non

Si oui, laquelle : -----

AUTORISATIONS :

J'autorise la prise de photos de mon enfant dans le cadre du temps péri et extra scolaire

- Oui - Non (*)

J'autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Je soussigné(e)----- mère, père, tuteur (*)

de l'enfant ----- déclare exacts les renseignements portés tant sur la fiche familiale d'inscription que sur la fiche sanitaire et m'engage à signaler tout changement lié tant à mon domicile qu'à ma situation familiale ou professionnelle.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du Centre de Loisirs :
- maternel* - élémentaire* - point jeunes*

A -----le-----

Signature :

(*) Barrer les mentions inutiles